

REVISIÓN

Ancianos frágiles polimedicados: ¿es la deprescripción de medicamentos la salida?

Enrique Gavilán-Moral^{a,*}, Antonio Villafaina-Barroso^b, Laura Jiménez-de Gracia^a y María del Carmen Gómez Santana^a

^a Servicio de Medicina de Familia, Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedicación y Salud, polimedicado.com, Plasencia, España

^b Servicio de Farmacia, Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedicación y Salud, polimedicado.com, Plasencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de enero de 2012

Aceptado el 21 de enero de 2012

On-line el 8 de junio de 2012

Palabras clave:

Polimedicación

Uso seguro del medicamento

Prescripción

Ancianos

R E S U M E N

La deprescripción es el proceso de desmontaje de la prescripción de medicamentos por medio de su revisión, que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y adición de otros. Su desarrollo pretende resolver tensiones y contradicciones entre 2 pares de interrogantes: 1) ¿es la expectativa de vida menor que el tiempo que tarda el medicamento en obtener beneficios?, y 2) ¿son congruentes las metas de la atención sanitaria con los objetivos de la prescripción-deprescripción? La validez de la deprescripción está fundamentada en argumentos científicos y éticos. Desconocemos la utilidad y seguridad de muchos medicamentos que siguen los ancianos frágiles o enfermos terminales; otros producen efectos adversos molestos o graves. Por tanto, en determinadas ocasiones su retirada pudiera estar justificada, siendo de una manera sustancial seguro hacerlo.

© 2012 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Polypharmacy in Frail Elderly Patients: Is deprescribing the answer?

A B S T R A C T

Deprescribing is the process of reconstructing multiple medication use by review and analysis and which concludes with dose modification, replacement or elimination of some drugs or adding others. Its development is intended to resolve tensions and contradictions between two sets of questions: 1/ is life expectancy shorter than the time the drug takes to obtain a benefit?, and 2/ are the goals of prescribing-deprescribing consistent with those of care? The validity of the rationale on deprescribing is based on scientific and ethical reasons. The usefulness and safety of many drugs that frail elderly or terminally ill takes is unknown, and other drugs may cause troublesome or severe side effects. Thus, in some cases their removal could be justified, being substantially safe doing so.

© 2012 SEGG. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Polypharmacy

Safe medication use

Prescribing

Elderly

La polimedicación, un problema de salud pública

La polimedicación se puede definir en términos cuantitativos, atendiendo al uso de más de un número determinado de fármacos, o en términos cualitativos, teniendo en cuenta la utilización de fármacos inadecuados o simplemente el consumo de algún medicamento clínicamente no indicado¹. Se puede considerar que ambas explicaciones son complementarias, pues aunque la definición cualitativa define mejor el fenómeno de la polimedicación y es la que los profesionales sanitarios consideramos como más válida para

describirla², está demostrado que a mayor número de fármacos prescritos, aunque estos fuesen apropiados, mayor es la posibilidad de que haya alguno no necesario y de que aparezcan efectos adversos prevenibles³.

Existen 2 patrones diferentes de pacientes polimedicados. Uno sería el paciente con una sola enfermedad que requiere múltiples medicamentos, como podría ser el ejemplo del paciente con esquizofrenia. El otro sería el paciente con múltiple comorbilidad, donde cada enfermedad precisa uno o varios medicamentos (por ejemplo, un paciente diabético, hipertenso y dislipémico). El segundo perfil es el más frecuente entre los ancianos, principalmente cuando sobreviene el fenómeno de la fragilidad.

La polimedicación se ha constituido como un problema de salud pública de primer orden en los países desarrollados, no solo por

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: enrique.gavilan.moral@gmail.com (E. Gavilán-Moral).

Tabla 1
Consecuencias de la polimedición y del uso de medicamentos inapropiados

<p>Consecuencias clínicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución adherencia terapéutica • Efectos adversos a los medicamentos • Interacciones fármaco-fármaco y medicamento-enfermedad • Riesgo de hospitalización, de prolongación de la misma y de reingreso • Riesgo de caídas y de lesiones provocadas por las mismas • Disminución funcionalidad física • Deterioro calidad de vida relacionada con la salud • Aumento de la morbilidad • Aumento de la mortalidad <p>Consecuencias legales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad civil en caso de daños resarcibles • Responsabilidad penal por imprudencia o dejación de funciones que ocasionen daño a la vida o a la integridad física <p>Consecuencias éticas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro relación clínica • Pérdida de confianza en la asistencia sanitaria <p>Consecuencias sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones en el rol y funciones sociales del individuo <p>Consecuencias económicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastos directos: gasto farmacéutico (hospitalario y por receta), consultas y hospitalizaciones por efectos adversos, pruebas diagnósticas, etc. • Costes sanitarios no directos: cuidados y adaptaciones domiciliarias por discapacidades • Costes indirectos: productividad perdida asociada al daño producido por los medicamentos • Costes intangibles: daño moral, disminución calidad vida, deterioro bienestar, etc. <p>Consecuencias en la política sanitaria y en la salud pública</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidas legislativas y administrativas • Políticas y planes de salud

su prevalencia, que entre los ancianos frágiles o muy ancianos es alrededor del 70%^{4,5}, o por sus consecuencias (tabla 1), sino también por ser un fenómeno creciente. Así, se está observando en las últimas décadas un incremento en la proporción de pacientes que toman más de un número determinado de fármacos⁶, hecho que parece estar relacionado con el envejecimiento de la población y el consecuente aumento de la carga de morbilidad entre las personas mayores⁷.

¿Qué hay detrás de la polimedición?

Las consecuencias de la polimedición van más allá de lo puramente asistencial⁸. En última instancia, se ha visto asociada de manera independiente a una mayor mortalidad en personas ancianas⁹, aunque no debemos olvidar sus efectos a nivel clínico sobre la calidad de vida y la dependencia. Por otro lado, las secuelas legales e implicaciones éticas y económicas de este fenómeno son considerables.

Las decisiones de los niveles asistencial, gerencial y político para disminuir las consecuencias negativas de la polimedición deben contemplar actuaciones encaminadas no solo a intervenir sobre las consecuencias de la polimedición, sino también sobre sus orígenes. Estos últimos se corresponden con situaciones de riesgo biomédico y dependientes del sistema sanitario, pero también con diversos determinantes en salud que se sitúan como causas fundamentales de la polimedición (tabla 2)¹⁰.

¿Cómo intervenir desde el sistema sanitario sobre la polimedición?

En la literatura científica se han descrito múltiples aproximaciones al complejo problema de la polimedición. Algunas de estas acciones competen a las políticas sanitarias, y no entraremos en

Tabla 2
Factores determinantes de la polimedición inadecuada

<p>Dependientes del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores biológicos: <ul style="list-style-type: none"> • Edad por encima de 75 años, mujeres • Consumo de fármacos específicos: <ul style="list-style-type: none"> • Ansiolíticos, sedantes, antidepresivos, analgésicos, inhibidores de plaquetas o espasmolíticos • Morbilidad asociada: <ul style="list-style-type: none"> • Tener 3 o más enfermedades crónicas, enfermedades respiratorias, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, diabetes y síntomas digestivos • Factores psicológicos: <ul style="list-style-type: none"> • Depresión, ansiedad, pobre autopercepción de la salud y deficiente adaptación a la enfermedad • Factores sociales: <ul style="list-style-type: none"> • Situación económica deficiente, nivel educativo bajo, soledad, situación de dependencia, vivir en zonas rurales <p>Dependientes del sistema sanitario y de los profesionales sanitarios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contacto con los servicios sanitarios en los últimos 3 meses • Ingresos hospitalarios previos • Interconsultas entre especialistas • Ser atendido por diferentes prescriptores • Acudir a múltiples farmacias • Discrepancias entre pacientes y facultativos en cuanto a la historia farmacoterapéutica • Adopción acrítica de las guías clínicas basadas en la evidencia que obvian la multimorbilidad y la polimedición

ellas. Nos centraremos brevemente solo en las que tienen su base en el manejo desde el sistema sanitario.

Podríamos dividir las actuaciones sanitarias en varios bloques: 1) las que inciden en la educación y formación de los profesionales, 2) las que utilizan sistemas computerizados de ayuda a la toma de decisiones, 3) las intervenciones basadas en la revisión farmacoterapéutica o clínica y 4) las intervenciones mixtas.

En una reciente revisión sistemática se evalúa cuáles de estas actuaciones son las que han demostrado mayor utilidad¹¹. Dentro de las educativas, la presentación de casos en foros pequeños y la combinación de entrega de informes, visitas de expertos y celebración de encuentros periódicos parecen ser efectivos en la reducción de la polimedición. Los sistemas de alerta y de ayuda a la toma de decisiones y las revisiones farmacoterapéuticas y geriátricas también parecen ser útiles. Por último, los análisis multidisciplinares llevados a cabo por grupos compuestos por médicos, farmacéuticos, enfermeros y trabajadores sociales han demostrado igualmente ser efectivas. En otros modelos, la revisión corre a cargo de farmacéuticos comunitarios, que realizan tareas de atención farmacéutica.

Cabe resaltar que la mayoría de estas intervenciones se caracterizan por ser externas, al proceder de evaluaciones realizadas por profesionales que no tienen responsabilidades en la asistencia sanitaria a las personas a las que valoran, pudiendo incluso ser automatizadas. En general, están basadas en los problemas que los fármacos pueden acarrear al paciente (interacciones, inadecuaciones, duplicidades, falta de adherencia), pero con una tendencia a centrarse principalmente en el medicamento o en las necesidades médicas, siendo el fin último reducir la polimedición en términos cuantitativos (menor número de fármacos prescritos) o cualitativos (mejorar la adecuación terapéutica) u optimizar el perfil de prescripción.

Estas características ponen de manifiesto la necesidad de un modelo diferente de intervención que tenga en cuenta la situación funcional y clínica además del contexto sociofamiliar, que se centre en la mejora de resultados orientados al paciente, como la calidad de vida, y en adaptar el régimen terapéutico a la realidad de la situación de fragilidad de muchos ancianos y sus expectativas de vida. Es en este concepto donde surge una nueva aproximación al manejo del paciente polimeditado frágil, como es la deprescripción.

¿Qué es y cómo llevar a cabo la deprescripción de medicamentos?

La deprescripción de medicamentos es un proceso de desmontaje de la prescripción por medio de su análisis, mostrando sus contradicciones y ambigüedades. El fin es reconsiderar la prescripción desde el principio, comenzando desde el conocimiento del estado y situación del paciente hasta el diagnóstico de sus problemas de salud, hasta el final, la indicación de los medicamentos y su seguimiento posterior. Se trata de un proceso singular, continuo (prescripción-deprescripción), que necesariamente debe adaptarse a cada persona y circunstancia, y que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y la adición de otros que están infrautilizados¹².

Los condicionantes para poder llevarla a cabo de una forma segura y aceptada son la disponibilidad de evidencias científicas (balance beneficios/riesgos), la funcionalidad física y social, calidad de vida, comorbilidad y preferencias del paciente, los factores farmacológicos de los medicamentos (farmacodinámica y farmacocinética, indicaciones y contraindicaciones, interacciones) y los no farmacológicos (contexto social y familiar, aspectos psicológicos, funcionamiento del sistema sanitario, recursos de la comunidad, expectativas, relación médico-paciente)¹³. Parte, pues, de un modelo diferente a las intervenciones propuestas en el apartado anterior, al considerar aspectos de la persona y de su entorno al mismo tiempo que los biomédicos.

La deprescripción consiste en una serie de fases que se esquematizan en la figura 1. Lo primero es disponer de un listado fiel de la medicación que toma el paciente. En muchas ocasiones, lo que el médico cree que toma el paciente no siempre se corresponde con lo que este dice tomar, siendo alto el grado de discrepancia entre ellos¹⁴.

El segundo paso sería redefinir el plan terapéutico: qué fármacos eliminar, sustituir o introducir y en cuáles modificar la dosis. Lo más urgente sería replantear la continuidad de medicamentos que estén produciendo efectos adversos o que potencialmente puedan ser dañinos. Existen en la literatura multitud de métodos para identificar medicamentos inapropiados en los ancianos y que son susceptibles de ser eliminados: los más usados son los de Beers y los STOPP¹⁵. Sin embargo, estos métodos no valoran las características particulares de cada paciente, obviando además los aspectos clínicos y psicosociales, por lo que no siempre son criterios útiles para adecuar la medicación en los ancianos frágiles, cuya característica principal es la heterogeneidad. Los fármacos

cuya utilidad ha sido superada al desaparecer la enfermedad que motivó su introducción, así como los que el paciente se resiste a tomar, podrían ser los siguientes en ser deprescritos.

En cualquier caso, para tomar decisiones aceptadas y adaptadas a cada paciente sobre cómo modificar el régimen terapéutico, es preciso valorar a cada persona y todo lo que a esta rodea. Las decisiones sobre cómo llevar a cabo la deprescripción dependen básicamente de resolver las tensiones y contradicciones entre 2 pares de interrogantes, como son: 1) ¿es la expectativa de vida de esta persona (determinada por el pronóstico y la evolución natural de la enfermedad) mayor que el tiempo que tarda el medicamento en obtener un beneficio clínico relevante?, y 2) ¿son congruentes las metas de la atención sanitaria (curación, cuidados, prevención primaria, secundaria, terciaria o cuaternaria), determinados por la valoración de grado de comorbilidad, el estado funcional y la calidad de vida, con los objetivos de la prescripción-deprescripción (por ejemplo, pasar de un escenario de prevención a largo plazo a tratamientos meramente sintomáticos)? También es preciso evaluar el grado de adherencia a los tratamientos, los deseos del paciente de abandonar, mantener o iniciar otros nuevos fármacos, sus expectativas y experiencias previas, así como su contexto sociofamiliar.

La última fase, la de seguimiento clínico y farmacoterapéutico, tiene como misión principal detectar y evitar las complicaciones derivadas de la deprescripción, como la reaparición o agravamiento de la enfermedad de base, y evaluar el grado de adhesión y aceptación de las recomendaciones. Para incrementar el grado de confianza del paciente en el proceso de deprescripción es fundamental que dichos cambios se realicen de forma gradual y que el seguimiento sea estrecho, sobre todo al comienzo (que es cuando suelen aparecer los principales problemas), manteniendo una actitud de «puerta abierta», involucrando activamente al paciente o su cuidador en las decisiones y aclarando que ningún cambio es irreversible¹⁶.

¿En qué se basa la deprescripción?

Los fundamentos en los que se basa la deprescripción son básicamente científicos y éticos. Comenzaremos por los primeros.

Paradójicamente, aunque el consumo de fármacos es mayor en los ancianos, estos suelen estar infrarrepresentados en los ensayos clínicos (EC). La situación es aún más elocuente para las personas con enfermedades terminales, comorbilidad múltiple, fragilidad o inmovilidad, que suelen estar sistemáticamente excluidos de los EC¹⁷. Al tener dichas personas peor pronóstico, los resultados de los EC tienen a sobreestimar los beneficios e infravalorar sus posibles riesgos, disminuyendo al mismo tiempo su aplicabilidad a la población anciana ambulatoria real. Consecuentemente, las guías clínicas no suelen recoger aspectos relacionados con la situación habitual de muchos ancianos¹⁸.

Pongamos el ejemplo de las estatinas en prevención primaria cardiovascular. Su justificación nace de un solo EC, que fue interrumpido prematuramente, y de un análisis *post hoc* de dicho estudio sobre un subgrupo de pacientes en prevención primaria por encima de 70 años¹⁹. Tanto los análisis de subgrupos como los ensayos prematuramente interrumpidos tienden a sobreestimar los beneficios de la intervención terapéutica²⁰.

El único EC con estatinas realizado íntegramente en pacientes ancianos no incluye ancianos frágiles, ya que la enfermedad renal crónica moderada y la inmovilización son motivos de exclusión de este ensayo. El estudio revela que en aquellos que no han tenido previamente eventos cardiovasculares no hay beneficio clínico evidente²¹. Considerando globalmente todos los pacientes del ensayo, aunque se observa un descenso en el riesgo de morbi-mortalidad de origen cardiovascular, la mortalidad total no se ve modificada. En un análisis posterior de ese EC, Mangin et al. argumentan que el descenso en la mortalidad cardiovascular se ve

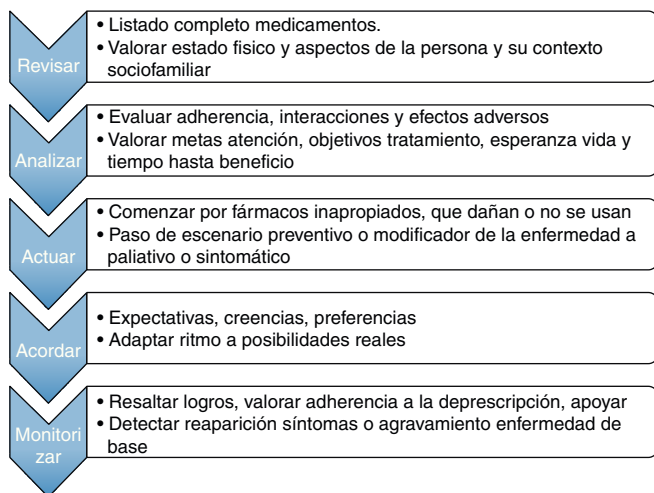


Figura 1. Fases del proceso de deprescripción de medicamentos. Adaptado de Hardy et al.¹².

compensada por un aumento de la probabilidad de morir por otras causas, entre ellas cáncer²². Las estatinas conseguirían en los ancianos, pues, simplemente cambiar la causa de muerte, pero no evitarla («falacia de la muerte burlada»)²³.

Otro ejemplo serían los antihipertensivos. Recientemente, un EC realizado exclusivamente en ancianos por encima de 80 años, el estudio HYVET, que fue precozmente cancelado, demostró que la indapamida disminuía significativamente la mortalidad por cualquier causa²⁴. Sin embargo, la relevancia clínica del resultado obtenido es relativamente baja (el NNT para este objetivo es de 46, oscilando -intervalo de confianza- entre 24 y 637), y los beneficios no se han visto corroborados en un reciente metanálisis que incluye el estudio anterior²⁵. Pero su principal debilidad radica en que dicho estudio excluye a ancianos frágiles, al tener como criterios de exclusión las personas con demencia, las inmovilizadas o las que padecen de enfermedad renal. Además, cifras de presión arterial cercanas a las propuestas como objetivo en estudio HYVET se han visto asociadas en personas por encima de 85 en estudios de cohortes de base poblacional a mayor mortalidad²⁶, así como a efectos adversos de intensidad suficiente como para cambiar, suspender o disminuir las dosis de dichos fármacos²⁷.

En una revisión sistemática se analizó qué efecto podría tener la retirada de estos medicamentos en las personas hipertensas por encima de 65 años²⁸. Entre el 20-85% de los sujetos permanecieron normotensos o no requirieron reintroducir el antihipertensivo, sin que se incrementara la mortalidad por ese motivo. Solo la retirada de los diuréticos pudiera ser menos segura, al aumentar de forma relevante la presión arterial y estar asociado a un agravamiento de los síntomas de insuficiencia cardíaca²⁹. Por tanto, el tratamiento antihipertensivo en persona de edad avanzada produce en muchas ocasiones efectos adversos y posee dudosos beneficios, no conociéndose si dicho beneficio pudiera ser aplicable a ancianos frágiles, y su retirada pudiera estar justificada en muchos casos, siendo de una manera sustancial seguro hacerlo.

La deprescripción tiene además justificaciones éticas¹⁷. Como hemos visto anteriormente, el beneficio de diversos tratamientos en ancianos es cuando menos controvertido (dudosa beneficencia) y produce en ocasiones daños evitables (maleficiencia). La autonomía se ve en numerosas ocasiones limitada por los problemas cognitivos, pero los que logran expresar sus preferencias muestran deseos que a veces chocan frontalmente con las recomendaciones clínicas, siendo generalmente más sensibles a la posibilidad de que los fármacos preventivos produzcan efectos adversos que a sus potenciales beneficios³⁰. Por último, llevar hasta sus últimas consecuencias el ideal de no discriminar a las personas ancianas ofreciéndoles las mismas oportunidades terapéuticas que a los más jóvenes (justicia social) puede ocasionar un trasvase de recursos que pudieran mermar la sostenibilidad del sistema sanitario (justicia distributiva)¹⁷.

¿Cómo llevar a cabo la deprescripción de medicamentos?

Podríamos hablar de 2 estrategias diferentes. La primera la podríamos nombrar con el símil de «tala selectiva». Se trataría de, una vez conocido que un fármaco determinado es inapropiado para su uso en una población concreta, revisar uno a uno a todos esos pacientes para identificar quiénes lo tienen prescrito, actuando luego en consecuencia. Este tipo de intervenciones suele ser útil para retirar medicamentos innecesarios, siendo además más factible que la siguiente por consumir menos tiempo y ser más eficiente, pero al mismo tiempo tiene menos en cuenta al contexto individual y sociofamiliar.

El segundo sería el tipo «poda». Se trataría de reconsiderar en un paciente concreto su régimen terapéutico, discontinuando lo innecesario y añadiendo lo preciso de una forma individualizada, según el estado del paciente y su expectativa de vida. Se trata,

pues, de la táctica más cercana al concepto como tal de deprescripción. Suele apoyarse en el uso de algoritmos que facilitan la toma de decisiones³¹, basándose en criterios de necesidad (confrontación de la indicación del medicamento con las necesidades clínicas del paciente y las metas de la atención sanitaria) y de efectividad-seguridad (balance beneficios/riesgos), al tiempo que tienen en consideración la expectativa de vida y el tiempo que el medicamento tarda en alcanzar su beneficio.

La deprescripción típicamente es un proceso que se adapta y justifica de una forma más adecuada y aceptada en los pacientes que se encuentran en una situación terminal. Por extensión y por los mismos motivos, puede ser aplicable a ancianos frágiles, cuya expectativa de vida es corta en la mayoría de los casos³². Sin embargo, si consideramos que la deprescripción debe y puede ser un proceso que acompañe siempre a la prescripción, cualquier momento puede ser bueno, sobre todo cuando se van acumulando medicamentos en el régimen terapéutico, ante cambios clínicos relevantes o situaciones vitales que modifiquen la percepción y actitud de la persona ante los medicamentos³³.

¿Qué riesgos, barreras y amenazas contempla?

Para asegurar que la deprescripción es aceptada por el paciente y no conduce a riesgos innecesarios es preciso tener un conocimiento amplio de los medicamentos y del paciente y su contexto (tabla 3). En primer lugar, saber manejar bien los fármacos, sus propiedades, precauciones de uso y los problemas que pudiera acarrear su discontinuación es imprescindible. Sin embargo, existen pocos estudios que evalúen la seguridad de la retirada de medicamentos, por lo que el *ars medica* y la prudencia son los que guían habitualmente la práctica clínica. Conocer el significado que la persona otorga al medicamento y su experiencia del proceso es primordial, ya que en muchas ocasiones descubrimos que la falta de

Tabla 3
Riesgos, barreras y amenazas asociadas a la deprescripción

Riesgos

- Aparición de efectos indeseables
- Agravamiento proceso de base

Barreras

- Barreras del propio sistema sanitario y de la sociedad
 - Receta electrónica y otros métodos que reactivan automáticamente la continuidad de las prescripciones
 - Guías clínicas y protocolos intervencionistas
 - Sistemas de salud impersonales, escaso *patient-centredness*
 - Prescripción inducida
 - Sobremedicalización y mercantilización de la salud
 - Prescripción, íntimamente asociada a acto clínico
 - Múltiples profesionales involucrados en la atención sanitaria de un mismo paciente
- Barreras del médico
 - Inercia sobreterapéutica
 - Educación médica centrada en el medicamento
 - Falta de destrezas para cambiar actitudes
 - Reticencias a cambiar medicamentos prescritos por otros facultativos
- Barreras en la relación médico-paciente
 - No discutir posibilidades de deprescripción con el paciente/familia
 - No tener en cuenta perspectiva del paciente
- Barreras del paciente
 - Percepción de abandono
 - Miedos, vivencias pasadas desagradables
 - Resistencias a abandonar medicamentos que vienen tomando largo tiempo

Amenazas y debilidades

- Discriminación por la edad
- Dificultades para determinar si un paciente realmente está en sus últimas etapas de la vida
- Paternalismo o asimetría en la toma de decisiones
- Olvidar los aspectos no farmacológicos de la medicación

adhesión al proceso de deprescripción esconde miedos y vivencias desagradables³⁴.

¿Es la deprescripción la salida natural de la polimedición de los ancianos frágiles?

Las diferentes estrategias de deprescripción han sido motivo recientemente de evaluación preliminar de su utilidad en varios estudios. Dos de ellos siguen la estrategia de poda; el primero, con un diseño prospectivo controlado, fue realizado en una residencia geriátrica³⁵, mientras que el otro, un estudio de cohortes, se desarrolló con ancianos que vivían en la comunidad³¹. En el primer estudio se obtuvieron los siguientes resultados, entre otros: reducción en el número de medicamentos (2,8 fármacos de media por paciente); menor número de derivaciones al hospital que en el grupo control (11,8% comparado con 40%, respectivamente); y mortalidad a un año menor que en el grupo control (21% comparado con 45%, respectivamente). Todo ello se consiguió sin afectar a la calidad de vida ni al estado mental. Además, el 82% de los pacientes a los que se les retiraron los antihipertensivos no requirió reintroducirlos. En el otro estudio, se consiguieron tasas de discontinuación exitosa en el 81% de los pacientes, lo cual se tradujo en una reducción media de 4,2 fármacos por paciente. Además de no encontrarse efectos adversos relevantes, se observó una mejoría relevante del estado global de salud en el 67% de los participantes, además de otras mejorías discretas en la funcionalidad, estado de humor y situación cognitiva.

El tercer estudio se trata de un trabajo preliminar, abierto, aleatorizado y controlado, realizado en 35 ancianos voluntarios tanto institucionalizados como ambulatorios³⁶. En el 73,3% de los casos en los que hubo cese de medicación ésta fue exitosa, aunque esto no condujo a resultados en salud significativos (estado cognitivo, calidad de vida relacionada con la salud).

A pesar de que dichos datos puedan parecer esperanzadores, se trata de estudios con muchas limitaciones, pues se han llevado a cabo con poblaciones muy reducidas, no están adecuadamente aleatorizados, ninguno de ellos realiza una evaluación ciega de la respuesta a la intervención y presentan importantes sesgos de selección. Por estos motivos, la única conclusión válida que hasta el momento podemos sacar es que la deprescripción es una alternativa a los distintos modelos de intervención hasta ahora evaluados que puede resultar factible. En el futuro deberán realizarse estudios cualitativamente bien diseñados, aleatorizados, controlados y con cegamiento en la medición de resultados, en los que se evalúe a corto y medio plazo si las diferentes estrategias de deprescripción son capaces de mejorar de una forma relevante resultados de salud, además de mejorar aspectos del proceso asistencial como el uso de recursos sanitarios y no provocar efectos adversos de importancia en el paciente. Sus características diferenciales con respecto a otros modelos de intervención lo sitúan en un camino que parece ir en la buena dirección si de lo que se trata es de reducir los efectos deletéreos que la polimedición puede tener en los pacientes ancianos, sobre todo en los que se encuentran en situación de fragilidad.

Conclusiones

Existen motivos éticos y evidencias científicas que avalan la necesidad de deprescribir fármacos en aquellas personas cuyo consumo de medicamentos puede provocarles más perjuicios que beneficios. Los ancianos frágiles, tanto los institucionalizados como los que viven en la comunidad, constituyen una población diana de prioritaria intervención, y pueden beneficiarse de la deprescripción de medicamentos si esta se realiza de una manera controlada, razonada, aceptada e integrando la perspectiva del paciente.

Financiación

Convocatoria 2009 de ayudas a la investigación de FundeSalud (código Fundanet 00200100100034), premios de la Agencia de Calidad del SNS 2009 a las mejores prácticas clínicas.

Conflicto de intereses

Los autores han percibido honorarios por colaboraciones editoriales y docentes relacionados con este tema por parte de Chiesi España.

Bibliografía

- Bushardt RL, Massey EB, Simpson TW, Ariail JC, Simpson KN. Polypharmacy: misleading, but manageable. *Clin Interv Aging*. 2008;3:383-9.
- Spinewine A, Swine C, Dhillon S, Franklin BD, Tulkens PM, Wilmette L, et al. Appropriateness of use of medicines in elderly inpatients: qualitative study. *BMJ*. 2005;331:935-8.
- Chumney EC, Rovinson LC. The effects of pharmacist interventions on patients with polypharmacy. *Pharm Pract*. 2006;4:103-9.
- Gavilán Moral E, Morales Suárez-Varela MT, Hoyos Esteban JA, Pérez Suanes AM. Polimedición y prescripción de fármacos inadecuados en pacientes ancianos inmovilizados que viven en la comunidad. *Aten Primaria*. 2006;38:476-82.
- Mera F, Mestre D, Almeda J, Ferrer A, Formiga F, Rojas Farreras S. Paciente anciano y medicación crónica inapropiada en la comunidad ¿somos conscientes de ello. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46:125-30.
- Hovstadius B, Hovstadius K, Astrand B, Petersson G. Increasing polypharmacy: an individual-based study of the Swedish population 2005-2008. *BMC Clin Pharmacol*. 2010;2:16.
- Wong CY, Chaudhry SI, Desai MM, Desai MM, Krumholz HM. Trends in comorbidity, disability, and polypharmacy in heart failure. *Am J Med*. 2011;124:136-43.
- Villafaina Barroso, Gavilán Moral E, Atanasio Moraga JA. Implicaciones y consecuencias de la polimedición. En: Gavilán Moral E, Villafaina Barroso A, editores. *Polimedición y salud: estrategias para la adecuación terapéutica*. Barcelona: Reprodisseny; 2011 [consultado 1 Nov 2011]. Disponible en: www.polimedico.com
- Jyrkkä J, Enlund H, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S. Polypharmacy status as an indicator of mortality in an elderly population. *Drugs Aging*. 2009;26:1039-48.
- Villafaina Barroso A, Gavilán Moral E. Polimedición e inadecuación farmacológica: ¿dos caras de la misma moneda. *Pharm Care Esp*. 2011;13:23-9.
- Kaur S, Mitchell G, Vitetta L, Roberts MS. Interventions that can reduce inappropriate prescribing in the elderly: A systematic review. *Drugs Aging*. 2009;26:1013-28.
- Hardy JE, Hilmer SH. Deprescribing in the last year of life. *J Pharm Pract Res*. 2011;41:146-51.
- Barsky AJ. Nonpharmacologic aspects of medication. *Arch Intern Med*. 1983;143:1544-8.
- Bikowski RM, Rispin CM, Lorraine VL. Physician-patient congruence regarding medication regimens. *J Am Geriatrics Soc*. 2001;49:1353-7.
- Gallagher P, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age Ageing*. 2008;37:673-9.
- Leydon GM, Rodgers L, Kendrick T. A qualitative study of patient views on discontinuing long-term selective serotonin reuptake inhibitors. *Fam Pract*. 2007;24:570-5.
- Le Couteur DG, Ford G, McLachlan AJ. Evidence, ethics and medication management in older people. *J Pharm Pract Res*. 2010;40:148-52.
- Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases. Implications for pay for performance. *JAMA*. 2005;294:716-24.
- Glynn RJ, Koenig W, Nordestgaard BG, Shepherd J, Ridker PM. Rosuvastatin for primary prevention in older persons with elevated C-reactive protein and low to average low-density lipoprotein cholesterol levels: exploratory analysis of a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2010;152:488-96.
- Schulz KF, Grimes DA. Multiplicity in randomised trials II: subgroup and interim analyses. *Lancet*. 2005;365:1657-61.
- Shepherd J, Blauw GJ, Murphy MB, Bollen EL, Buckley BM, Cobbe SM, et al. Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2002;360:1623-30.
- Mangin D, Sweeney K, Heath I. Preventive health care in elderly people needs rethinking. *BMJ*. 2007;335:285-7.
- McCormick JS, Skrabanek P. Holy dread. *Lancet*. 1984;2:1455-6.
- Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *NEJM*. 2008;358:1887-98.
- Bejan-Angoulvant T, Saadatian-Elahi M, Wright JM, Schron EB, Lindholm LH, Fagard R, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years and older: the

- lower the better? A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Hypertens*. 2010;28:1366–72.
26. Van Bommel T, Gussekloo J, Westendorp RGJ, Blauw GJ. In a population-based prospective study, no association between high blood pressure and mortality after age 85 years. *J Hypertens*. 2006;24:287–92.
 27. Butt TF, Branch RL, Beesley L, Martin U. Managing hypertension in the very elderly: effect of adverse drug reactions (ADRs) on achieving targets. *J Human Hypertens*. 2010;24:514–8.
 28. Iyer S, Naganathan V, McLachlan AJ, Le Couteur DG. Medication withdrawal trials in people aged 65 years and older: a systematic review. *Drugs Aging*. 2008;25:1021–31.
 29. Walma EP, Van Dooren C, Prins A, Van der Does E, Hoes A. Withdrawal of long term diuretic medication in elderly patients: a double blind randomised trial. *BMJ*. 1997;315:464–8.
 30. Fried TR, Tinetti ME, Towle V, O'Leary JR, Iannone L. Effects of benefits and harms on older persons' willingness to take primary cardiovascular medication. *Arch Intern Med*. 2011;171:923–8.
 31. Garfinkel D, Mangin D. Addressing polypharmacy: Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults. *Arch Int Med*. 2010;170:1648–54.
 32. Carey EC, Covinsky KE, Lui LY, Eng C, Sands LP, Walter LC. Prediction of mortality in community-living frail elderly people with long-term care needs. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56:68–75.
 33. Moen J, Bohm A, Tillenius T, Antonov K, Nilsson JL, Ring L. I don't know how many of these [medicines] are necessary... A focus group study among elderly users of multiple medicines. *Patient Educ Couns*. 2009;74:135–41.
 34. Anthierens S, Tansens A, Petrovic M, Christiaens T. Qualitative insights into general practitioners views on polypharmacy. *BMC Fam Pract*. 2010;11:65.
 35. Garfinkel D, Zur-Gil S, Ben-Israel J. The war against polypharmacy: a new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. *Isr Med Assoc J*. 2007;9:430–4.
 36. Beer C, Loh PK, Peng YG, Potter K, Millar A. A pilot randomized controlled trial of deprescribing. *Ther Adv Drug Safe*. 2011;2:37–43.